

j osé antonio girón sierra

LA SALUD HACIA EL AÑO 2000: UN DESAFIO PARA TODOS

"El rigor de las ciencias matemáticas de la naturaleza es la exactitud. Aquí, todos los procesos que quieran llegar a la representación como fenómenos naturales, han de ser determinados de antemano como magnitudes espacio-temporales de movimiento... Por el contrario, todas las ciencias del espíritu, e incluso todas las ciencias que estudian lo vivo, tienen que ser necesariamente inexactas si quieren ser rigurosas".

Martín Heidegger.

El nuevo sistema General de Seguridad Social en Salud contemplado en la Ley 100 de 1993, introdujo un vuelco radical en todo el sistema de prestación de dichos servicios. Se dice, y con justa razón, que los que hoy se constatan como resultados de su puesta en funcionamiento, para bien o para mal, son ape-

nas los prolegómenos de unos efectos cuya real naturaleza tardará posiblemente varios años, incluso una década por lo menos, para evidenciarse objetivamente.

Las siguientes reflexiones constituyen parte de un proyecto más amplio que se viene construyendo dentro de las condiciones de la Ley 100, como alternativa de modelo asistencial dirigido a las EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (EPS). Se estima que los cambios introducidos por dicha ley no resolverán los problemas que en materia de salud vive la comunidad y que es necesario, sin apartarse del contexto legal que ella establece, replantearse el modelo asistencial dominante y construir uno que incorpore cambios de carácter endógeno en el sector.

Esta Ley se aprueba y desenvuelve dentro de un escenario caracterizado por los siguientes problemas:

- A. Necesidad de ampliar las coberturas en salud.
- B. Altos costos en los servicios médico-asistenciales.
- C. Introducción de conceptos propios de la racionalidad capitalista en la construcción de las políticas de salud y en la administración del sector.
- D. Supremacía del modelo tecnológico-curativo en el abordaje del complejo salud-enfermedad.
- E. Menoscabo del estatus del médico, no sólo en el aspecto económico sino en su base moral y ética.

Miremos los aspectos más relevantes de cada uno de ellos:

A. LA NECESIDAD DE AMPLIAR LAS COBERTURAS

Una de las principales motivaciones de la reforma, quizás la más importante, fue sin lugar a dudas, la baja cobertura. Según la misión Chenery, cuando la gran mayoría de los países del continente, salvo Haití, informaban coberturas por encima del 61% en seguridad social, en Colombia apenas sí llegaba al 23% para el subsector de la seguridad social, el 40% para el subsector de la asistencia pública, un 10% para el subsector privado y un 30% considerado por fuera de cualquier modalidad de servicios de salud. Además de los datos anteriores, merece destacarse el hecho de que sólo un 33.5% de la población económicamente activa ⁽¹⁾ estaba cubierta por la seguridad social lo cual agregado a que un 30% de la población no contaba con ninguna forma de cobertura en salud, configuraba un panorama más que preocupante. De otro lado merece mencionarse el hecho de que de mantenerse la tasa de expansión efectiva (0.25%) para el ISS, el cubrimiento universal de la PEA (población económicamente activa) demoraría 87 años y 71 años para cubrir la población dependiente del trabajador.

Después de casi tres años de puesta en práctica la reforma, los cálculos más optimistas estiman que la extensión de la cobertura crecerá sólo a expensas de la extensión de los servicios a la familia del trabajador con vínculo laboral. El reto parece situarse en que el sistema logre llegar a la población sin vínculo laboral, es decir, el sector informal que crece cada vez más como fruto del desempleo y del progresivo empobrecimiento de la población ⁽²⁾. En este sentido una reducción de dos puntos en la tasa de crecimiento económico estimada (5%),

como en efecto ocurrió en 1996, va a tener un impacto negativo en las expectativas de cobertura contempladas por el sistema al comprometer su equilibrio financiero, lo cual será más severo si no se revierte la tendencia recesiva de la economía. A lo anterior debe agregarse, que el sistema logre mantener los cotizantes de altos ingresos y lleve a cabo controles efectivos en la evasión. Sobre esto último se abren enormes interrogantes habida cuenta de la incapacidad estructural del Estado en cumplimiento de sus obligaciones que en esta materia le han sido asignadas constitucionalmente.

B. LOS ALTOS COSTOS EN LOS SERVICIOS MEDICO-ASISTENCIALES

Es causa de preocupación el creciente aumento en los costos de los servicios médico-asistenciales tanto en los países ricos como en los pobres, pero lógicamente más en estos últimos por razones obvias. Para el efecto, se han movido propuestas que apuntan todas a lograr una mayor eficiencia. La más reciente, se inscribe dentro de la corriente económica neoliberal la cual se orienta, dentro de la lógica de reducir a su mínima expresión el aparato estatal, a privatizar todas las actividades económicas incluido naturalmente el sector salud, de tal suerte que se configure un mercado al cual concurrirían libremente oferentes de estos servicios y consumidores. Se estima dentro de esta propuesta, que las leyes del mercado aplicadas en este caso a un servicio público, deberían traducirse en una racionalización de los costos y una mejor calidad de los servicios por el factor competitivo que generaría el mercado. Estos presupuestos seguramen-

te válidos para otra actividad económica, no operan de la misma manera dada la naturaleza imperfecta del mercado de la salud al no cumplirse de manera cabal las leyes de la oferta y la demanda, manifestándose como constante la asimetría en el comportamiento de los agentes económicos.

Son de amplio conocimiento los efectos negativos de esta política en los EE.UU. y en Chile ⁽³⁾. No obstante el creciente compromiso del PIB en estos países con relación a los gastos de salud, no han sido resueltos problemas centrales como la cobertura, la eficiencia y la calidad de los servicios, creándose situaciones de inequidad profunda. A pesar de esta realidad, la ley 100 aprobada en Colombia y actualmente en ejecución fue concebida y se desenvuelve dentro de esta concepción económica al permitir el ingreso del sector privado a la administración de los recursos de la salud por medio de las EPS. Se dirá al respecto, que se trata de un mandato constitucional y que la permanencia del ISS y el control que ejerce el Estado sobre todo el sistema es una garantía para colocarle límites al sector privado. Esto lo es así, no porque correspondiera a la intención original del gobierno que inicialmente lideró una reforma sólo en materia de pensiones sino porque desde la sociedad misma y desde instancias como el parlamento hubo una oposición manifiesta para abocar una reforma a la seguridad social de manera parcial y de que ésta no podía basarse en un proceso privatizador total como era el querer de sus ideólogos. Esta amenaza no ha desaparecido y no son las presiones que se ejercen con el fin de que sean eliminadas las ventajas que la Ley ofrece al ISS. Estas presiones vienen adquiriendo proporciones insospecha-

das habida cuenta del comportamiento de la población adscrita al ISS que aplicó sabiamente el dicho popular de que más vale malo conocido que bueno por conocer, colocando en serios aprietos a las EPS privadas que construyeron proyectos demasiado ambiciosos levantados sobre la supuesta deserción masiva de sus afiliados. Hoy se levanta el ISS como el enclave anti-neoliberal más importante dentro del Estado que no obstante sus enemigos atrincheros en el mismo gobierno y los ya conocidos por fuera de él, viene ganando en franca lid la disputa del mercado a pesar de sus falencias.

Indudablemente puede ser prematuro llegar a conclusiones a partir del tiempo que lleva de puesta en práctica la Ley, pero ya se advierten problemas de selección adversa, dificultades de accesibilidad a los servicios como un mecanismo claramente perverso de reducir la demanda, situaciones que no pueden ser explicadas sino desde la intencionalidad de lograr que una UPC raquítica en su nacimiento haga del mercado de la salud un real negocio.

Los altos costos en los servicios de salud provienen de los siguientes hechos:

1. Una mayor información de los usuarios ⁽⁴⁾ potenciales de los servicios de salud, dentro del modelo tecnológico-curativo, acerca de lo que debe hacerse o no en materia de salud que induce una mayor demanda de servicios. A esto contribuyen de una manera significativa los medios de comunicación que al ser utilizados para comercializar los servicios de salud crean necesidades e inducen por lo tanto el consumo.
2. El problema moral. Productores y consumidores de los servicios de salud se enfrentan

a un mercado con las características antes indicadas en donde, por las condiciones del aseguramiento, se conduce a una relación asimétrica.

Como consecuencia de esto, se da la posibilidad del uso innecesario de servicios por parte del asegurado, y por parte del oferente el incremento infundado en la cantidad de servicios para el manejo de una determinada patología con el fin de elevar el monto de su venta. Como se ha indicado, es necesario esperar un tiempo prudencial para juzgar la eficacia de medidas orientadas a evitar estos excesos, tales como un plan de beneficios únicos, los copagos, cuotas moderadoras, sistemas de contratación por capitación o por actividad mediante la modalidad de paquetes, etc.

3. La intervención médica en situaciones de carácter terminal y en patologías en las que no se puede garantizar la cura, se caracteriza por la aplicación de tratamientos y la utilización de ayudas diagnósticas que no van a modificar el proceso y por el contrario pueden comprometer de manera significativa la calidad de vida. En muchos de estos casos se crean falsas expectativas a partir de un discurso médico, ético y moral.

4. La incorporación acrítica por parte de los médicos de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, a lo cual debe agregarse que no siempre van de la mano los desarrollos tecnológicos en el campo de las ayudas diagnósticas y sus equivalentes en la terapéutica de las distintas patologías. En cuanto a esto debe destacarse la falta de control y vigilancia en esta materia, por parte de las autoridades, quienes dejan abiertas todas las puertas para su ingreso al país sin consultar nuestras necesidades y recursos sociales. Dada la magnitud de las

inversiones en este campo se supone que quien las hace no tiene otro fin que el de recuperar sus costos y obtener un lucro sin que ello pueda posponerse demasiado en el tiempo. Esta sería de pronto una de las tantas maneras como se expresa el problema moral anteriormente indicado.

5. La ineficiencia administrativa. En este aspecto no queda bien parado ni el sector privado ni el público, aunque puede ser este último quien presente las fallas más protuberantes. En uno y otro la lectura que se hace al respecto está referida a estructuras administrativas anquilosadas en donde el empirismo y la improvisación han estado de la mano. A lo anterior se agrega la corrupción administrativa y la intromisión de otros intereses ajenos a la salud, los cuales infiltran todo el sistema y se han convertido en obstáculos por el momento insalvables. Debe hacerse un gran esfuerzo orientado a la construcción de un modelo de administración para el sector salud que consulte sus particularidades, pues los criterios de eficiencia aquí no pueden ser los mismos que valida el sector productor de bienes, sobre esto nos ocuparemos más adelante.

6. La mala práctica médica. Cuando se habla de mala práctica médica se entiende en general por tal, aquellos actos médicos en los cuales no se procede idóneamente, es decir, con aptitud, con capacidad. Sin embargo, bajo las condiciones actuales del ejercicio de la medicina, esta acepción de la mala práctica médica se queda corta pues no refleja plenamente el fenómeno. Mala práctica no es sólo entonces la carencia de actitud y aptitud para el acto médico, es también el proceder sin otro criterio que el proveniente de la publicidad. Cuando

se actúa para satisfacer la demanda del paciente o por causa de las presiones institucionales. Cuando el acto médico ha caído en la rutina y es sólo un caso más, como si se tratara de una producción en serie, en cadena, en donde se ha perdido por lo tanto esa capacidad de asombro que debe despertar siempre cada paciente por ser único en cada momento de su existencia, como cuando está en frente del médico, del terapeuta. También, cuando el juicio técnico ocupa el lugar del juicio clínico que debe ser más amplio y más cercano a la humanidad del paciente. En fin, cuando ante la inminencia de la muerte y de la enfermedad en general, no se cumple el papel que le es inherente al médico, cual es el de acompañar dicho proceso sino que se crean falsas expectativas ligadas a un saber técnico.

La necesidad de aseguramiento del médico ante la eventualidad de verse enfrentado a un juicio por mala práctica —que en muchos casos no lo es— y las consecuencias que esto tiene en sus decisiones médicas, constituyen en el presente un ingrediente adicional con un impacto en los costos que no puede ignorarse. Este aseguramiento se expresa en un doble sentido: por un lado acceder a la presión de ordenar ayudas diagnósticas y exámenes de todo orden con el fin de evidenciar desde la lógica de la ciencia la enfermedad y justificar así un determinado proceder terapéutico y por el otro, caer en manos de las grandes aseguradoras para protegerse de las decisiones de los jueces fundamentadas en una concepción de la medicina enmarcada dentro de su acepción tecnológico-curativa.

Todo lo anterior y otras situaciones que se escapan configuran eso que genéricamente es

llamado: mala práctica médica que pesa mucho actualmente en todo el sistema asistencial.

C. LA INTRODUCCION DE CONCEPTOS PROPIOS DE RACIONALIDAD CAPITALISTA EN LA CONSTRUCCION DE LAS POLITICAS DE SALUD Y EN LA ADMINISTRACION DEL SECTOR

No se puede negar que la medicina, su práctica y su organización se encuentran penetradas en la actualidad por la racionalidad capitalista, abriéndose camino conceptos como el de eficiencia, rentabilidad, auto-sostenimiento, el papel del mercado y de la competencia en la regulación de los precios y en la obtención de una mejor calidad en los servicios, etc. Las decisiones de los gobiernos materializadas en sus políticas, inscritas por supuesto dentro de una determinada concepción económica, han venido introduciendo estos elementos en el sector salud. Pero de otro lado, desde la perspectiva médica, ante el hecho de la enfermedad y por lo tanto de la muerte, se ha dado como sentado y aún lo es en gran medida, que la medicina se sustrae de estos criterios que hoy permean toda la estructura del sector privado y también del público. Es así como al médico le está dado todo un campo abierto para actuar cuando de preservar la vida se trata. Esto configura una evidente contradicción causante de una importante tensión en el sector.

Esta contradicción se desenvuelve al lado de otra no menos importante: unos recursos limitados frente a una proliferación tecnológica en medicamentos, ayudas diagnósticas, herramientas terapéuticas, que se publicitan dentro del lenguaje de nue-

vas calidades ⁽⁵⁾. Dentro de este ambiente de eficiencia y eficacia plagado de contradicciones, emerge la exigencia de una buena práctica médica. La pregunta resulta apenas obvia: ¿Qué es dentro de este contexto una buena práctica médica? ¿Será el uso indiscriminado de esas nuevas calidades? ¿O será acaso ignorar los desarrollos de la ciencia y de la tecnología? De esto nos ocuparemos más adelante.

Dentro del desarrollo de estas contradicciones, aparece la idea de "empresarizar" la salud, es decir, incorporar criterios de gestión empresarial en la perspectiva de producir más y mejores servicios al menor costo posible o dicho de otra manera, hacer que del estado de escasez se obtengan mayores niveles de satisfacción y un mayor número de actividades y procedimientos.

Teniendo en consideración la experiencia de los EE.UU. y de Chile, modelos por excelencia en la privatización y en la introducción de las novísimas tendencias gerenciales, existen demasiados argumentos para pensar que la incorporación de estos elementos propios de la racionalidad capitalista no han resuelto, por sí solos, ni la ineficiencia del sector ni los problemas en la calidad del servicio. Como se verá más adelante dentro de la lógica del capital no podrá esperarse que su ingreso al sector de la salud no será precisamente dentro del marco de una postura altruista. Al margen de cualquier juicio de valor, allí deberán registrarse unas determinadas tasas de ganancia y para ello no será extraño la utilización de mecanismos como la selección adversa, baja accesibilidad a los servicios y baja calidad. Aquí es donde el papel del Estado, en su función normativa y de control, se hace decisivo para mantener ciertos

estándares de calidad y de cobertura, a lo cual debe agregarse, la garantía de sus aportes al sistema que le corresponden por ley.

D. LA SUPREMACIA DEL MODELO TECNOLÓGICO-CURATIVO EN EL ABORDAJE DEL COMPLEJO SALUD-ENFERMEDAD

Dentro de la línea de análisis que se adelanta, ocupa un lugar de primer orden el problema de la supremacía del modelo tecnológico-curativo en el abordaje del complejo salud-enfermedad. Desde la formación médica pasando por todas las modalidades de organización del sector salud, se puede afirmar sin temor a equivocarse que no ha sido pensado con suficiente profundidad el modelo asistencial. Más aún, se ha dado como un hecho que sólo es posible pensar la salud y la enfermedad de la manera como lo concibe dicho modelo dominante.

¿En qué consiste propiamente este modelo?

No podía la Medicina, por su objeto, ser ajena a la ciencia, o sea aquello que nos da cuenta de la verdad. El modelo científico con la idea de objetivarlo todo, no podía dejar de lado al hombre. Dicho de otra manera, el hombre-sujeto se convirtió así mismo en objeto para tener una representación de sí, para ser aprehendido, para convertirse en medida⁽⁶⁾. Para ello eliminó de hecho el concepto de totalidad tan decisivo para la Medicina griega y resumido en la palabra **holon**, cuyo significado no es sólo "el todo", sino también lo sano, lo entero⁽⁷⁾; entonces construyó sectores objeto de estudio y los sigue construyendo con el fin hacer más exactos sus juicios y avanzar en

un proceso ininterrumpido de fisicalización del hombre. De este hecho dan buena cuenta las especialidades y sub-especialidades médicas acompañadas cada una de ellas por un arsenal de ayudas diagnósticas cada vez más sofisticado. Ni se diga del papel que en este campo cumplen la biotecnología y la ingeniería genética. Todo esto dirigido a dominar la enfermedad y como consecuencia de ello, prolongar la vida. Prolongar la vida pasa a ser por lo tanto un valor en sí mismo, hasta tal punto, que se convierte en un indicador de desarrollo social y del nivel del estado de salud de cada sociedad. El acto médico, el juicio médico, vale en cuanto cuenta con un respaldo en la información que proporciona la tecnología, por la cantidad de "vida" que logre sin interesar al fin y al cabo bajo qué condiciones. **Esto es lo que he denominado el modelo tecnológico-curativo** cuyas características centrales pudieran resumirse en las siguientes:

1. La dicotomía cartesiana mente-cuerpo inaugura el comienzo de una cadena de fragmentaciones, consecuencia de la construcción de sectores objeto de estudio en el proceso de objetivación del hombre y por lo tanto del complejo salud-enfermedad.
2. El complejo salud-enfermedad debe ser medido, para lo cual es indispensable el establecimiento de normatizaciones que determinen el ámbito de lo normal y se establezca el quehacer como conducta médica.
3. Las decisiones médicas deben estar respaldadas por la información que proporciona la tecnología, de esta manera el juicio clínico es suplantado por el juicio técnico.
4. La promoción de la salud y la prevención de la enferme-

dad son acciones agregadas a un modelo esencialmente curativo.

Como se afirmó con anterioridad, el parapetarse la medicina en la ciencia, tuvo como consecuencia inmediata, convertir al hombre en objeto, al proponerse normatizar todas sus funciones y establecerles una medida. Esto que fue y lo sigue siendo en grado sumo, no es más que una ficción⁽⁸⁾ y es la causa de no pocas de sus dificultades. Al colocar al hombre como objeto no sólo se alejó de la humanidad del mismo y dejó de pensarlo como ser vivo en su existencia sino que lo introdujo al ilimitado mundo de la tecnología con las implicaciones de orden económico, ético e interpretativo que hoy se advierten en la Institución de salud. Al respecto, merece destacarse el repunte actual de las enfermedades infecto-contagiosas cuyo aparente control se había constituido como la prueba de verdad del modelo tecnológico-curativo, lo que le abría las puertas para su segundo gran salto: el control de las enfermedades degenerativas. Las cifras que en este sentido han sido divulgadas por el **Boletín Información para la Acción** de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (Marzo de 1997), son elocuentes. Allí se dice, que para 1995 el 33% (17.5 millones) de las muertes ocurridas en el planeta fueron debidas a enfermedades infecciosas y que en los últimos veinte años se han identificado por lo menos 30 nuevos agentes infecciosos en donde el virus de la inmunodeficiencia (SIDA) se destaca como el de mayor impacto.

Hoy se escuchan desde distintos ángulos, críticas de diverso orden a este modelo, particularmente en sus consecuencias deshumanizantes, quedándose muchas de ellas en la su-

perficie por limitaciones reales para reflexionar sobre sus causas. Se piensa que el problema radica en la falta de buenos modelos, de un trato inadecuado hacia el usuario de los servicios de salud, todo esto dentro de la connotación de cliente dado por los modelos administrativos introducidos en el sector. Si bien no puede negarse la importancia de ello, sorprende por su superficialidad cuando lo humano se introduce en la administración y en la operatividad de los servicios de salud. Tal vez los aportes más sólidos en este campo provienen de la filosofía y de las ciencias humanas en general, que piensan el mundo que vivimos y la idea que ese mundo tiene de la verdad. Por ello no deja de ser preocupante la preeminencia, ya casi total, que los elementos técnico-científicos tiene en los currículos de las facultades de medicina, lo cual es consistente con el análisis que se adelanta. La Universidad ha perdido su alma, su papel crítico de la sociedad, y dentro de este contexto, las Facultades de Medicina y demás áreas de la salud cada vez se consolidan como los agentes reproductores más importantes del modelo que nos ocupa.

Que la medicina no es una ciencia, que sólo es una práctica profesional cuyo papel no es otro que el de colaborar en algo que la naturaleza misma realiza, y que además las ciencias de las cuales se nutre son inexactas, no deja de ser una afirmación escandalosa ahora que nos preparamos para el cierre del siglo veinte. Y son inexactas no como un defecto, pues se trata simplemente de comprender que se trabaja sobre magnitudes imposibles de abordar desde la ciencia, medibles desde la exactitud de la física. Es ese sistema de creencias que a cada sujeto le es dado y desde el cual construye su mundo y le da sen-

tido a la experiencia, desde el cual por la tanto también construye su verdad, el cual ocupa un primer plano como realidades sensibles que se evidencian en el momento mágico de la relación médico-paciente y que por su naturaleza no puede ser medible ni normatizable. Estas aseveraciones tienen por qué moverle el piso a la medicina de la modernidad porque cuestiona su estatus desde sus cimientos, pero por lo confrontantes que ellas sean, por lo verdadero o falso que ellas puedan tener, el hacerlo, no tiene otro sentido que el de establecer para la medicina su verdadera competencia. Quienes hemos podido sacudirnos del poder alienante de la carrera desenfrenada por la verdad de la ciencia y la tecnología, además de valores que ya tomaron asiento en la cultura como la idea de alcanzar el éxito, el lucro y el ascenso social en el menor tiempo posible, nos asiste un alto grado de inconformidad con lo que hacemos. Algo nos dice que se procede como no debe ser, que este proceso desenfrenado por controlarlo todo, inclusive lo más caro al ser humano como son sus sentimientos, su universo simbólico⁽⁹⁾, acompañado paralelamente de algo no menos desenfrenado como el deseo de enriquecerse de donde no es posible: el acto médico, nos presenta un horizonte plagado de desesperanza, del cual lo que no puede perderse es ese sentimiento de inconformidad porque es el germen de ese proceso ineludible de construcción y reconstrucción que se ha indicado⁽¹⁰⁾.

No resulta descabellada la afirmación de que, en gran medida, la persistencia y consolidación de este modelo, es lo que ha viabilizado que la salud haya entrado a ser parte de las actividades lucrativas, de un negocio. Llama la atención al respec-

to, que el mayor desarrollo en la investigación médica se centre en aquel grupo de enfermedades de carácter crónico. Esto puede explicarse por las características de la morbi-mortalidad en las sociedades desarrolladas, pero no puede ignorarse el hecho de que desde la óptica del mercado importa mucho que estas patologías no disminuyan sino que su tasa de crecimiento por lo menos se mantenga. Vida, muerte, enfermedad, salud, calidad de vida, equidad, lucro, ética y moral configuran una amalgama de conceptos y de ideas que de entrada no parecen compaginar, pues allí confluyen simbolizaciones que en principio pudiera afirmarse que no casan. Y no hay correspondencia porque se da de hecho una confrontación de valores que se sitúan y se construyen desde el ámbito de la cultura y ésta no marcha siempre a la par con el poder-hacer de cada sociedad.

E. MENOSCABO DEL STATUS DEL MEDICO, NO SOLO EN EL ASPECTO ECONOMICO SINO EN SU BASE MORAL Y ETICA

No es casual el haber dejado de último este problema, pues al fin y al cabo no es más que el resultado final de todos los anteriormente reseñados. Por lo espinoso del mismo, intentar abordarlo, implica una situación indudablemente compleja, pues se trata de establecer juicios de valor sobre el proceder del médico. Pero al margen de situaciones particulares donde se pueda configurar una intencionalidad para el acto inmoral o antiético, la conducta del hombre no es ajena a los códigos que cada cultura determina en su propio dinamismo. Por eso de alguna manera no tiene sentido

intentar hacer explícitos de parte de las instituciones como el Estado, qué es lo bueno o lo malo en el proceder mediante la formalización de códigos de ética y de moral, pues casi siempre son desbordados por la vida misma. Más aún, pudiera afirmarse que hay un permanente estado de tensión que puede llegar a configurar situaciones de crisis dentro de la cultura que aboca a la sociedad a la necesidad de recomponerse en su escala de valores. De algo así, podría calificarse el momento por el cual se atraviesa y que por otra parte no le es sólo pertinente interrogar a la medicina sino a toda la sociedad, pues en algo tiene que afectar a quienes se ocupan de colaborar en el restablecimiento de la salud, de la existencia misma si se quiere, cuando en dicha cultura el valor de la vida ha sido puesto en cuestión. Cabría de esta manera preguntarse si la medicina desde la idea que maneja de hombre y del complejo salud-enfermedad, es causa o consecuencia de esa transformación en valores.

La medicina por la particularidad de ocuparse del hombre dentro del ámbito de la vida y de la muerte, siempre ha estado bajo la mira de la sociedad en lo tocante a exigirle como a ninguna otra profesión, el estar a tono con sus presupuestos morales y éticos concentrados en el hecho de buscar hacer siempre el bien. A ella también la comprometen los movimientos que se den en este campo de manera muy directa. Sin embargo, es esta misma sociedad por la dinámica que le asiste, la encargada de gestar desde sí misma el quiebre de estos mismos presupuestos morales y éticos bien en un sentido negativo positivo.

La fisicalización de la medicina y la aplicación no sólo de categorías propias de la empre-

sa privada sino también la privatización misma de la salud dentro de una determinada interpretación del complejo salud-enfermedad han socavado, por decir lo menos, los presupuestos morales y éticos que han guiado al médico de occidente. El llamado problema moral tomado en sentido positivo o negativo, por exceso o por defecto, es de por sí suficiente para pensar que no se está frente a algo simple de lo cual puedan lograrse cambios significativos mediante instrumentos coactivos como los copagos, cuotas moderadoras, formularios y guías de tratamiento, como lo propone la nueva Ley de Seguridad Social. El nuevo escenario dentro del cual se adelanta el ejercicio de la medicina ha comprometido de manera significativa cosas tan decisivas y tan caras a ella como la relación médico-paciente⁽¹¹⁾, al afectar entre otras cosas, ese indispensable ambiente lleno de ritualidades pero también de espontaneidad. Esto se ha dado por la existencia de claras interferencias desde el paciente, desde el médico y desde las instituciones encargadas de prestar los servicios de salud, lo cual es causa de los altos niveles de ineficiencia que la actual reforma no sólo no ha corregido sino que parece profundizar cada vez más.

A estos problemas se agrega el deterioro de las condiciones económicas del médico. Al introducirse en la salud los criterios de racionalidad económica, el médico y demás trabajadores de la salud no han estado exentos de aquel principio elemental de que es el costo del trabajo, una de las variables más rápidamente afectada, con el objeto de obtener unas determinadas tasas de ganancias y unos determinados niveles de eficiencia; después de todo, es la fuerza de trabajo la única que crea valor agregado. La valoración

del trabajo médico es algo de lo cual no se han ocupado con detalle el Estado, las empresas y los médicos.

Las especialidades médicas y de manera particular las sociedades científicas no han tenido unos criterios objetivos para valorar sus procedimientos y actividades entrando en confrontación con la realidad social y ahora, con el mercado que comienza a constituirse dentro del marco de la Ley 100. Sobre esto se encuentran por lo tanto varios protuberantes en donde la peor parte la vienen llevando médicos no empresarios y usuarios de los servicios de salud cuando se imponen salarios y honorarios inequitativos y cargas laborales que no se compadecen con la naturaleza de las actividades, los niveles de capacitación y la naturaleza de las responsabilidades. El registrarse el hecho de un mejor reconocimiento en el mercado laboral para un ingeniero de sistemas que para un médico, es la expresión tangible de cómo la racionalidad técnica desdibuja el valor social de las actividades humanas y las somete a sus leyes al margen de su propia naturaleza aun así esto conduzca a desvirtuar valores como la vida misma. Este aspecto es otro de los ingredientes que están incidiendo significativamente en la calidad y accesibilidad de los servicios de salud constituyéndose además en un factor promotor de la corrupción en el sector de la salud, así, como una fuente de inmoralidad y de comportamientos antitéticos.

A lo anterior se agrega la introducción del concepto de planes complementarios asociado a la calificación que se ha hecho de la calidad del POS (Plan Obligatorio de Salud) en el decreto 1938. Con ello se introducen en todo el sistema de prestación de servicios de salud conduc-

tas discriminatorias con acciones tan contrarias al espíritu mismo de la ley como que esta discriminación se haga extensiva a aspectos como la accesibilidad y la calidad de los servicios. Lo más preocupante es que esto ocurra con la complacencia de los organismos de control del Gobierno Nacional y que sea desde estos mismos organismos por la vía de los decretos reglamentarios desde donde se desvirtúe la naturaleza de la Ley.

Se ha hecho hasta el momento un recorrido bastante sintético sobre los que se han considerado como los problemas más importantes que motivaron la actual reforma a todo el sistema de seguridad social. Para los ideólogos de tal reforma, el problema de fondo subyace en la resolución de la contradicción entre escasez de recursos y necesidad de más y mejores servicios de salud. Para ello se crea el instrumento Ley 100 o sistema de seguridad social integral. Dentro de este recorrido teórico se ha puesto de presente que dicha Ley en su concepción no se aparta en lo fundamental del modelo tecnológico-curativo y que esto, aparte de otros problemas de carácter secundario pero no menos importantes, es precisamente lo que se manifiesta como el mayor obstáculo para que principios como la universalidad, integralidad, equidad y eficiencia se constituyan en una verdadera realidad. Esta afirmación se fundamenta en el hecho de que bajo las características del modelo antes indicado, los montos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), unidad económica de todo el sistema, serán siempre insuficientes para garantizar unos servicios de salud otorgados en las condiciones contempladas en el principio de integralidad (artículo 2 de la Ley 100), no obstante las proyecciones bastante opti-

mistas del Ministerio de Salud y Fedesarrollo. Para algunos se advierte, no de manera inmotivada, que el aporte del 12% para salud se traducirá en un impuesto más para darle unos malos servicios de salud a los de abajo y obligar a los de arriba a buscar otras vías de aseguramiento. Bajo estas circunstancias, es de esperarse, que el sistema operará disminuyendo sus expectativas de cobertura y comprometiendo la calidad y la cantidad de los servicios como ya comienza a vislumbrarse en el plan de beneficios contemplado en el decreto reglamentario 1938 artículo 18 y en la resolución del Ministerio de Salud número 6261 (1994). La caracterización de calidad media del POS que se hace en las disposiciones legales aludidas y la lectura que de esto vienen haciendo las distintas EPS, fundamentan esta afirmación. A lo anterior debe agregarse el incumplimiento temprano del gobierno en las obligaciones económicas que por Ley tiene con el sistema de seguridad social, lo cual va a afectar de manera significativa al régimen subsidiado.

Dentro de este contexto marcado por dificultades económicas y conceptuales, para el sector salud en su conjunto se configura una coyuntura en la cual le cabe una responsabilidad ineludible de contribuir a que la aspiración social de contar con una cobertura universal en salud sea una realidad. Para esto, se precisa abandonar la postura del dejar hacer y tomar la iniciativa para desarrollar los aspectos positivos existentes en la ley 100, recuperar y enriquecer aquellos que hacen parte de la mejor tradición médica y tener en consideración aquellas experiencias que, desde otros contextos sociales, aportan a la solución de dichas aspiraciones.

ELEMENTOS DE LA PROPUESTA

La reunión de ALMA-ATA celebrada en 1978 acogió la atención primaria como la estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. El Sistema Nacional de Salud constituido como política del gobierno colombiano en 1975, tenía como prioridad la atención primaria. Transcurridos 19 años de la reunión ALMA-ATA, poco se ha avanzado en el mundo al respecto. Pocos países han asumido realmente la atención primaria como estrategia, colocando la promoción y prevención como los ejes articuladores de todo el modelo médico asistencial en sus distintos niveles de atención. En el caso del Sistema Nacional de Salud colombiano, vemos que terminó dedicando más del 90% de los recursos humanos y financieros a las actividades curativas ⁽¹²⁾.

Como se ha indicado con anterioridad, la Ley 100 de 1993 —la reforma social más importante adelantada en Colombia en los últimos cincuenta años— no avanzó de manera significativa en este aspecto. Bajo la concepción de integralidad artículo (153 de la Ley 100), subyace una postura ambigua en donde no hay priorización de las actividades, de esta manera, tratar y rehabilitar están al mismo nivel de promover y prevenir. Esta Ley, por lo tanto, no llevó a cabo una crítica de fondo al modelo de servicios médico-asistenciales imperante, aunque no debe desconocerse al respecto opiniones aisladas por parte de algunos de sus ideólogos ⁽¹³⁾, las cuales de alguna manera jugaron un papel en la concepción final de la Ley, particularmente en lo tocante a las actividades de promoción y prevención en salud que ella contempló ⁽¹⁴⁾.

Dicha Ley se ocupó prioritariamente de incidir en los factores exógenos del sistema de salud con el fin de colocarla a tono con los postulados constitucionales contenidos en el artículo 48 de la Carta Política de 1991. Dichos postulados están encaminados a lograr de manera progresiva una cobertura universal y garantizar su obligatoriedad. Estos factores exógenos pudieran ubicarse en dos básicamente: uno de carácter financiero, consistente en incrementar los recursos para salud mediante el aumento de las cotizaciones y la aplicación de las disposiciones de la Ley 60, y otro de carácter administrativo, consistente en crear un sistema único de dirección, recaudo y manejo de dichos recursos.

De ninguna manera deberá pensarse que exista la intención de restarle importancia a estos factores exógenos. No puede desconocerse que la implantación del Sistema Nacional de Salud de 1975, la Ley 10 de 1990, la Ley 60 de 1993 y finalmente la Ley 100 de 1993, se constituyen en pasos de importancia en cuanto en su momento introdujeron elementos de racionalidad que le otorgaron coherencia y consistencia al modelo de prestación de servicios de salud. Sin embargo, como ya se ha dicho, no tocaron a fondo el modelo tecnológico-curativo y si algo se hizo al respecto, terminó por conservarlo y desarrollarlo.

En principio, se parte de la idea de que estos factores no son excluyentes, más aún, la misma Ley 100 dentro de su estructura general, los posibilita a ambos. Es por esto por lo que se considera que no hay obstáculos legales para desarrollar un modelo que, al colocarle límites al modelo tecnológico-curativo pues no se trata propiamente de suplantarlo, haga viable el tratamiento a cada uno de los cinco problemas inicialmen-

te planteados, en particular el concerniente a la cobertura universal.

Este modelo no es otro que el de colocar la atención primaria como estrategia, el cual se desenvolverá a partir de los siguientes instrumentos:

1. La medicina familiar.
2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad bajo el enfoque de control de riesgo.
3. Replanteamiento del ser de la medicina, es decir, reconstruir su objeto.

Sus características podrían resumirse en las siguientes:

1. Se reivindica el concepto de totalidad del hombre como ser bio-psico-social, por lo tanto las decisiones médicas deben estar respaldadas en una información igualmente bio-psico-social, es decir, desde la multicausalidad.
2. La información que proporciona la tecnología propia de la instancia biológica, es una información incompleta, por lo tanto su valoración dependerá de su interjuego con la instancia psico-social.
3. El juicio clínico construido desde la perspectiva bio-psico-social, ocupará un lugar determinante en el acto médico.
4. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se constituyen en la atmósfera de todo acto médico.

El replanteamiento del ser de la medicina o la reconstrucción de su objeto, se refiere a retomar no sólo las características antes indicadas sino también, desarrollar aquellos elementos propios de la realidad sensible, es decir:

1. Colocar la relación médico-paciente como el espacio por excelencia para que la verdad

del sujeto transite en la palabra y en donde confluyan en una amalgama mágica, todo un fluir de ideas, normatizaciones, interpretaciones, reacciones, acercamientos y distanciamientos.

2. Acercarse a la organización de creencias y expectativas de cada sujeto como parte fundamental de la comprensión del complejo salud-enfermedad y como punto de partida en la intervención que se propone en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en tanto son ellas quienes contienen los hábitos, las costumbres y los deseos.

Esto significa tener en consideración la cultura como aquel conjunto de códigos inscritos en el mundo del inconsciente que determinen la conducta de cada cual dentro del contexto de una sociedad dada y cuyo registro no se lleva a cabo en un espacio plano sino a la manera de niveles. Por la experiencia se puede llegar al planteamiento de que aquellos códigos correspondientes a los hábitos y estilos de vida asociados a determinadas patologías (por ejemplo: dieta, sedentarismo, tabaquismo, hábitos de higiene oral, etc.), se inscriben en niveles de profundidad que explican la resistencia al cambio y el porqué la tarea de la instrucción y de la educación, en el mejor de los casos, o la prohibición o el terrorismo biológico que se practican dentro de las metodologías tradicionales de prevención y de promoción de la salud, tengan poco impacto en la transformación de estos hábitos y costumbres. Como puede observarse se está enfrente de algo complejo y por ello es allí donde más vacíos existen dada la simpleza como se le ha tratado y la mirada sesgada que se ha tenido del complejo salud-enfermedad que ha determinado que el médico desde la posición

de poder originada en un saber biológico, actúe apoyándose en su autoridad prohibiendo o inclusive llegando hasta el terrorismo que he denominado biológico, que no es otro que el de mostrar de manera anticipada lo que va a ocurrir de no operarse cambios en los estilos de vida, lo cual dicho de otra manera, no es otro que el discurso mismo de la muerte. Esto indica, que la tarea supera las posibilidades del sector salud requiriendo de la intervención de otras disciplinas todas ellas del área de las ciencias sociales que posibiliten la construcción de instrumentos que aplicados en extensión y profundidad durante el tiempo que sea necesario, incidan en todo el tejido social y conduzcan a la instalación en la cultura de estos códigos. Si bien éste es el ambiente por excelencia, no es el único. La experiencia clínica también ha dado señales de gran importancia en cuanto que allí, es decir, en la experiencia terapéutica que se da en la relación médico-paciente, se producen momentos de intervención que pueden lograr estos mismos cambios, ello fundamenta que el replanteamiento del ser de la medicina se coloque en primer lugar como tarea reconstructiva la relación médico-paciente, en el sentido no de relación técnica sino de lo sensible.

Como puede observarse, el acercamiento médico al cuerpo de creencias y expectativas de cada sujeto reviste una condición vital en la reconstrucción del ser de la medicina.

Podrá pensarse que se trata de una utopía al no consultar la realidad socio-económica, al ignorar o por lo menos esquivar aspectos estructurales del mundo que nos toca. Se es consciente de que la tarea no es simple, pero será por ello mismo por lo que nos es atractiva,

entre otras cosas, porque es tal vez la opción que queda por utilizar, pues de la otra ya se conocen sus resultados. Esta opción que contempla los factores exógenos mejorándolos en sus contenidos, asume los endógenos como su columna vertebral, como la posibilidad de garantizar la viabilidad económica del sistema y de manera particular, unas tasas de ganancia racionales que hagan posible la permanencia del sector privado dentro del mismo y consoliden el público en la medida en que al no estar además mediado por el lucro, disponga de mayores recursos para el cumplimiento de sus obligaciones constitucionales. De esta manera podrían despejarse los interrogantes que hoy se levantan con respecto al logro de las expectativas en cobertura sin el menoscabo de la accesibilidad y de la calidad de los servicios de salud.

Esta propuesta no tiene ninguna pretensión de originalidad salvo la intención, para nuestras realidades, de traducir en hechos, ideas y reflexiones, provenientes unas de varios años de práctica médica y otras originadas en el acercamiento a las llamadas ciencias humanas y a experiencias en donde la utopía ha dejado de serlo para convertirse en realidad. No se trata pues de algo distinto que de **construir y reconstruir**, como se ha dicho. No es un volver a mirar hacia atrás con nostalgia, es no renunciar a nuestra humanidad y asumir nuestro tiempo no de manera pasiva. Frente a las grandes necesidades sociales no se puede continuar con la dicotomía Estado-Sociedad Civil, en donde esta última, la sociedad civil, se comporta como un receptáculo de lo que decide el primero, como beneficiaria de sus aciertos o como víctima de sus errores. En el caso de la Seguridad social, al sector salud de manera particular, le asiste

una profunda responsabilidad de dar lo mejor de sí y de comprometerse para que esta Reforma, de cuyo proceso de elaboración se marginó inexplicablemente, sea una realidad para la comunidad. No caben en este caso aceptaciones u oposiciones irreflexivas, existen muchos motivos y argumentos para atreverse a enderezar las cosas con ingenio y creatividad desde posturas críticas.

INSTRUMENTOS DE LA PROPUESTA

1. Asumir como paradigma las cuatro tareas propuestas por Sigerist para la medicina a saber ⁽¹⁵⁾.
 - a. **Promoción** de la salud (atención al hombre y al medio. Educación).
 - b. **Prevención** de la enfermedad (según la historia natural de la enfermedad, los niveles de prevención y las medidas profilácticas).
 - c. **Recuperación** del enfermo (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno).
 - d. **Rehabilitación**.

La ATENCION PRIMARIA se constituye en la estrategia de base, **en donde la promoción y la prevención conforman, como se dijo con anterioridad, la atmósfera de todo el proceso asistencial**. Dicho de otra manera, corresponde a aquel conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones brindadas en el primer contacto del usuario con el Sistema General de Seguridad Social en Salud destinadas a asegurarle servicios médico-asistenciales integrales dentro del primer nivel de atención con lo cual se apunta a invertir la tendencia en la atención a la enfermedad por la atención al individuo sano.

Se asume en general la acepción de la promoción como aquella estrategia de amplia cobertura y transversalidad e intersectorial para el logro de metas de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida, pero desde el punto de vista operativo para las instituciones y para el nivel de atención que le es específico, aquella, entendida como aquel conjunto de acciones dirigidas a modificar hábitos o estilos de vida considerados de riesgo.

2. Implantar la Medicina Familiar no en términos de cobertura como lo establece la Ley 100 sino en términos de modelo asistencial con lo cual: se comprometa al usuario de los servicios de salud en un agente activo de su salud, se potencializa la acción de todo el equipo de salud en la dirección de crear las condiciones que permitan que las actividades de promoción y de prevención caminen paralelamente y conduzcan a transformar los estilos de vida mediante la incorporación de códigos de comportamiento sanos y además, mediante la aplicación de una metodología investigativa de corte epidemiológico, se identifiquen los riesgos individuales e intrafamiliares y

se actúe antes de que la enfermedad aparezca, se evite la progresión y aparición de las complicaciones en las patologías ya instauradas y se viabilice la rehabilitación biológica, síquica y social del individuo.

3. Construir un modelo asistencial que comprometa a la Institución en su conjunto. Este modelo será liderado por el médico, sin embargo, la relación médico-paciente, es decir, el acto médico por excelencia: la consulta, será sólo una parte de algo más amplio, **la relación institución-usuario**. Esta relación contará con los siguientes principios:

a. Un instrumento administrativo que aplicará la concepción gerencial de desarrollo a escala humana. Esto es, que los individuos que configuran la Institución de salud sean consideradas ante todo como personas a las cuales no se les puede manejar como objetos, como simples fichas. Dicho de otra manera, es la materialización de un modelo de organización institucional que privilegia y genera permanentemente espacios para la participación efectiva y el protagonismo real de todo el personal que la constituye.

b. La consulta médica como elemento básico de todo el sistema, se regirá por un criterio de integridad y multicausalidad. Esto es, que la medicina asuma la multicausalidad como elemento determinante en la concepción de la enfermedad, de tal suerte que la consideración biológica sea sólo uno de los aspectos de una comprensión siempre parcial. La medicina como práctica profesional apoyada en un saber científico, no podrá dejar de continuar la búsqueda de las causas y de la construcción de modelos interpretativos del complejo salud-enfermedad. Pero le corresponde también a la medicina, ocuparse de la realidad sensible, es decir, de esa verdad no mensurable que inunda al hombre. Esto es, darle una lectura, la que es pertinente, a esas causalidades provenientes de la investigación biológica, en tanto se le da terrenalidad y humanidad no al hombre objeto sino al hombre concreto, aquel que en frente del médico trae consigo una historia, unos códigos de comportamiento determinados, un sentido de la vida, una forma particular de sentir y una construcción determinada del goce ⁽¹⁶⁾.

NOTAS

1. Fescol, Fes, Fundación Corona. *Reforma de la seguridad social en salud*, 1992, p. 46.

2. Fes, Fundación Corona, Fedesarrollo. *La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud*, 1996.

3. Agudelo, Carlos A. *Reforma de la seguridad social en salud*. Abril de 1992. Fescol, Fes... "Estados Unidos es considerado como el modelo de un sistema de salud basado en los servicios privados —en la forma de seguros de medicina prepagada— y organizado como un mercado libre... Este sistema

de salud ha llegado a significativos niveles de ineficiencia, en la medida que tiene el más alto gasto del mundo (cerca del 13% del PIB y se estima que en el año 2000 estará en el 15%)".

4. Bensaid, Norbert. *La consulta médica*. p. 195. "El hiperconsumo de medicamentos es real. Pero la afirmación de que la causa es la publicidad o la tontería y la irresponsabilidad de los médicos constituye una explicación demasiado simple. El público consume sin la intervención médica una enorme masa de medicamentos. Y los medicamentos recetados por los médicos a menudo se amontonan en los botiqui-

nes familiares, y nadie los usa. Pero las verdaderas causas, las causas más importantes del hiperconsumo corresponden a otro ámbito. Una de ellas es loable: la gente se cuida más con productos cada vez más eficaces que con frecuencia son cada vez más caros. Tanto mejor. Otra causa responde a una orientación denunciada ya en estas páginas, que prevalece en la civilización tecnocrática y la medicina técnica. Se aspira a resolver todo, todos los problemas morales, políticos, sociales, culturales y afectivos mediante soluciones técnicas, en este caso medicamentos. Cuando no se alcanza a comprender

y no se puede ayudar, se receta. Y este tipo de prescripción puede ser un proceso infinito, dado que jamás responde a la demanda y a las necesidades reales". (sn).

5. Bensaid, Norbert. *La consulta médica*. p. 195.

6. Páramo Rocha, Guillermo. *Ética, universidad y salud*. La Dimensión Humana como Factor Esencial en la atención de salud p. 73. "Si la Medicina es simplemente una técnica o una tecnología y el otro ser es simplemente visto como la máquina, intervenido como la máquina, la sociedad se enajena completamente desaparece detrás de esta situación. Una sociedad con una medicina así es una sociedad enajenada, es una sociedad de cosas por cuanto la visión del médico es al fin y al cabo la visión de la sociedad".

"Pudiera ser interesante poner en relación ese panorama de lo que ocurre con una sociedad en la que el tabú del otro se pierde, ya no porque se le mata sino porque él muere. En efecto, es la misma actitud, finalmente, la que se expresa en el asesinato técnico del sicario de hoy, a saber, la que despoja al otro del tabú, y la del médico que ve morir a alguien, convertido simplemente en máquina".

"Si un médico es formado en la idea de que el otro es una máquina, y que para resolverle sus problemas basta simplemente con solucionar sus problemas de máquina, impone con sus actos la idea del paciente-máquina al propio paciente-máquina. La sociedad de hombres máquina es una sociedad inestable, que no tiene muchas posibilidades de existir o de permanecer".

7. Hans-Georg, Gadamer. *El estado oculto de la salud*. Gedisa, 1996. p. 105.

8. Hans-Georg, Gadamer. *El estado oculto de la salud*. Gedisa. p. 106. "La mancha de la historia ha obligado, no sólo al enfermo y al médico, sino a todos nosotros a someternos cada vez más a la ley de la división del trabajo. Esto ha reducido nuestra propia contribución a una simple función dentro de un todo ya inabarcable. Y así, el ser médico es, en cierto sentido, una profesión simbólica, pues la misión del médico no es un "hacer", sino el constituir una ayuda que facilita al ser viviente su retorno a la salud y a la vida. El médico nunca puede tener la completa ilusión de poseer el saber y el poder-hacer. Le consta que, en el mejor de los casos, su éxito no es deudor de sí mismo ni de su capacidad, sino de la naturaleza. (sn).

9. Sánchez G., Saúl. Heidegger y la Ciencia. Asociación Antioqueña de

Psiquiatría. p. 29. "Si se fuera a explicar el porqué todo ese terror que le inspira a Heidegger la fiscalización del mundo, ello no tendrá más que una explicación. Necesariamente para que una cosa pueda ser considerada como exacta y tratada como tal se tiene que reducir su existencia a un estado de objeto y es este estatuto de objeto de la cosa lo que le parece a él un verdadero atropello del mundo. Algo parecido sintió cuando en el encuentro internacional de los premios nobel en el encuentro internacional de los premios nobel de Lindau oyó proclamar al químico norteamericano Stanley: "Se acerca la hora en que la vida estará puesta en manos del químico, que podrá descomponer o construir, o bien modificar la sustancia vital a su arbitrio".

10. Martín Heidegger. *La época de la imagen del mundo*. "El hombre no puede abandonar por sus propias fuerzas ese destino de su esencia moderna ni tampoco puede quebrarlo por medio de un acto de autoridad. Pero el hombre puede meditar previamente y concluir que el ser sujeto de la humanidad nunca ha sido ni será jamás la única posibilidad que se le abre a la esencia recién iniciada del hombre histórico".

11. Girón, José A. *El Tiempo del Paciente*. Asociación Antioqueña de Psiquiatría. Vol. I, 1994. p. 40. "Cuando se habla de la relación médico-paciente, el término médico se asume como un genérico que cobija a toda la institución de salud. Esta relación se ha hecho cada vez más técnica, más fría. Desde el discurso biológico, si de lo que se trata es restaurar una función al margen del sujeto que la padece, de alguna manera resulta intrascendente e innecesario ocuparse del ser del hombre en el sentido que se ha expuesto. ¿Qué tanto ha incidido esto en la respuesta terapéutica? La verdad es que no se cuenta con instrumentos confiables que nos permitan medirlo, pero a manera de hipótesis pudiera afirmarse que en buena parte la ineficiencia y crisis de los sistemas de salud vigentes, sean ellos estatales o privados, procede del estatus al cual ha llegado la racionalidad biológica y la racionalidad técnica".

12. Pérez Jaramillo, Iván. *El futuro de la salud en Colombia*. p. 163.

13. Cárdenas, Miguel Eduardo y Olano, Guillermo. *Reforma de la seguridad social en salud*. "Desde mediados de la década pasada se ha propuesto la modificación del concepto de salud con el objeto de modernizar la gestión de los servicios para hacerlos más eficientes, de mejor calidad y,

en particular, para ampliar su cobertura a toda la población.

Dentro de este propósito se han impulsado varias políticas entre las que cabe resaltar la de modificar el concepto de "Sistema" para separarlo de su vínculo único con la enfermedad biológica y ligarlo más bien al modo de vida, a la cultura, a la interacción del ambiente, creando una actitud diferente frente a los elementos físicos y a la educación del comportamiento humano. El nivel preventivo es un aspecto fundamental basado en el principio prioritario de salud y no terminal de enfermedad. Este enfoque no sólo es socialmente útil sino económicamente rentable". p. 11.

14. Jaramillo Pérez, Iván. *El futuro de la salud en Colombia*. "En lo primero que deben pensar las EPS es en el modelo de atención que más satisfecho deje al "cliente" y menos costos genere. Los salubristas por lo general estiman que un buen modelo es aquel que logra promover hábitos que favorecen la salud, acciones que previenen la enfermedad, servicios de atención oportuna y de detección precoz de enfermedades en gestación; como diría el adagio popular, "es mejor prevenir que curar". Pero no siempre se logra la reducción de costos con medidas preventivas, sobre todo en las primeras etapas, y el fortalecimiento de actividades de prevención y fomento aparece en los primeros balances como un sobrecosto que no se refleja en reducciones importantes de los servicios de alto costo en hospitalización y cirugía. Sin embargo, otras observaciones señalarían que en el mediano y largo plazo las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud tienden a reducir el costo global de la atención". p. 76.

"Entre las tendencias de reforma endógena al sector salud está la corriente que pretende sacar la política y la práctica de la salud del enfoque clínico, intrahospitalario y curativo, para volcarlo hacia el enfoque de preservación, mantenimiento y promoción de la salud, en una perspectiva de tipo extramural y centrada en el control de los múltiples factores de riesgo para la salud, tanto de orden ambiental como social y biológico". p. 161.

15. Ochoa Alonso, Alcides. Ministerio de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello" Holguín. *El Médico de la Familia como modelo de atención primaria en Cuba*, 1994.

16. Girón Sierra, José Antonio. Asociación Antioqueña de Psiquiatría. Volumen 1, febrero de 1994. *El Tiempo del Paciente*. p. 35.

